PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IX 1937 Nr 6

Następny zeszyt „Pielęgniarki Polskiej“ podwójny 7—8 1937 r. ukaże się w sierpniu

Pielęgniarka Polska Nr. 6

TREŚĆ:

Redakcja: Wobec braku pielęgniarek

Dr K. J. Jezierski: Kilka słów o istocie zakrzepowego zapalenia żył

W. Czajkowska: Pielęgnowanie chorego z zakrzepem nogi

H. C.: Fundacja Rockefellera w Polsce

Zabiegi pielęgniarskie

Różne — Kronika

L'Infirmière Polonaise Nr. 6

SOMMAIRE:

Editorial: En présence d'une grave déficience: le manque d'infirmières

Dr K. J. Jezierski: Quelques observations sur la nature de la trombo-phlebite

Mlle W. Czajkowska: Soins à donner au malade en cas de trombo-phlebite

H. C.: La Fondation Rockefeller en Pologne

Soins et procédés d'infirmière

Divers — Chronique

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty:

rocznie 6 zł. kwartalnie 2·00 zł. miesięcznie 70 gr.

Przy zaległościach w prenumeracie zł. 8 rocznie

Konto P. K. O. 409.450.

Rok IX Czerwiec 1937 Nr 6

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

Wobec braku pielęgniarek

Kiedy weszła w życie Ustawa o Pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r., Ustawa nad którą pracował kilka lat szereg wybitnych znawców ze świata lekarskiego i pielęgniarskiego — odetchnęliśmy z ulgą. Nareszcie zbliża się chwila, w której społeczeństwo obsługiwać będą wyłącznie wyszkolone, wyrobione pielęgniarki. Długoletnie pracownice, nie będące absolwentkami szkół, a mające przewidziane Ustawą warunki, zdadzą egzamin, uprawniający je do dalszej pracy. Dopływ zaś nowych, nie wyszkolonych wcale, lub źle wyszkolonych sił zostanie do zawodu pielęgniarskeigo raz na zawsze wstrzymany.

Ustawa bowiem, dopływ pielęgniarek powierza szkołom, przyjmującym kandydatki z „ukończonym przynajmniej gimnazjum, lub wykształceniem, uznanym za równorzędne“ [1]), mających ukończony 18 rok życia, szkołom, w których nauczanie trwa dwa i pół lat, które „obowiązane są do utrzymywania internatów dla swych uczennic“, które rozporządzają odpowiednimi warunkami szkolenia teoretycznego i praktycznego w szpitalach i dziale higieny zapobiegawczej.

Niestety Ustawa nie pociągnęła za sobą dalszego rozwoju wypadków, który powinien być jej naturalną konsekwencją: otwarcia tylu uczelni, aby coroczny przyrost pielęgniarek zaspokoił ciągle wzrastające potrzeby kraju. Siedem szkół na trzydzieści dwa miliony ludności — to liczba wprost nikła! W Warszawie są tylko trzy szkoły, w Poznaniu dwie, Kraków i Lwów

---

¹) Chodzi o gimnazjum nowego typu, a więc od kandydatek nie wymaga się świadectwa dojrzałości, jak to się często słyszy od osób nie obeznanych ze szkolnictwem pielęgniarskim.

mają zaledwo po jednej szkole. A w takich wielkich miastach jak Łódź, Katowice, Wilno, Lublin i Bydgoszcz wcale nie ma szkół pielęgniarstwa [2]).

Tych siedem szkół pielęgniarstwa może rocznie wydać około 220 absolwentek. Tymczasem samo życie domaga się bez porównania większej liczby pielęgniarek. Nie mogą się bez nich obejść ciągle po wsiach i miastach powstające ośrodki zdrowia. Projektowana budowa szpitali stwarza nowe, ogromne potrzeby.

To też rozwój pielęgniarstwa wysuwa się na czoło zagadnień zdrowotnych kraju i brak pielęgniarek stał się troską organów naczelnych. Dnia 6 kwietnia b. r. odbyło się posiedzenie Sekcji Pielęgniarstwa Państwowej Rady Zdrowia, w skład której to Sekcji wchodzą przedstawiciele Departamentu Służby Zdrowia, świata lekarskiego i pielęgniarskiego. Na posiedzeniu tym pojawiły się ze strony czynników rządowych projekty powołania do życia szkół niższego typu. W następstwie tych projektów Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych oraz Dyrekcje szkół pielęgniarstwa złożyły w Ministerstwie Opieki Społecznej memoriał, omawiający pielęgniarstwo w Polsce i przedstawiający konieczność zachowania jego poziomu, nakreślonego przez Ustawę. Na podstawie tego memoriału Redakcja Pielęgnierki Polskiej opracowała broszurę p. t. *Współczesne Pielęgniarstwo Polskie, jego zadania i znaczenie*, którą nasi Czytelnicy poznali, jako dodatek do majowego zeszytu Pielęgniarki Polskiej.

7 czerwca b. r. zebrała się pod przewodnictwem p. Ministra Opieki Społecznej Państwowa Rada Zdrowia na swe doroczne posiedzenie, na którym omawiano całokształt zagadnień zdrowotnych w kraju. W sprawie projektu nowelizacji ustawy o pielęgniarstwie nie zapadła jeszcze żadna decyzja, projekty zgłoszone odesłano do szczegółowego opracowania do Sekcji, która ma się zebrać we wrześniu bieżącego roku. Do tego czasu wypowiedzieć się mają lekarze, członkowie Rady, uniwersyteckie wydziały lekarskie.

Rzecz jest doniosłej wagi. Chodzi o dobro chorych, ochronę społeczeństwa przed chorobą, o poziom opieki zdrowotnej nad ludnością. Stoimy wobec możliwości powstania licznych szkół pielęgniarstwa niższego typu, tworzonych przy szpitalach miast wojewódzkich. Uczennice, o cenzusie szkoły powszechnej, pracowałyby jako część personelu, przy czym przewidziane jest obniżenie kosztów kształcenia.

Pomijamy już kwestię, że dziewczyna, kończąca szkołę powszechną ma lat czternaście i że musiałaby cztery lata czekać na przyjęcie do szkoły pielęgniarstwa.

Dyrektorzy szkół i kursów, którzy mieli lub mają do czynienia ze szkoleniem personelu pomocniczego właśnie o cenzusie szkoły powszechnej — wiedzą dobrze, że tak niska podbudowa ogólnego wykształcenia, zwłaszcza wobec naszego ogólnego poziomu kulturalnego, nie daje dostatecznych pod-

[2]) Miasta te wszystkie mają ponad 200.000 mieszkańców.

staw do przygotowania zawodowej pielęgniarki do jej tak trudnych, odpowiedzialnych obowiązków. Podbudowa ta została uznana za dostateczną dla — opiekunek zdrowych niemowląt, piastunek, dla których istnieją kursa prowadzone np. w Warszawie, Krakowie, Poznaniu.

Im odpowiedzialniejszy, im samodzielniejszy zawód, tym konieczniejsze szerokie podstawy wykształcenia ogólnego i zawodowego. Takim właśnie zawodem jest zawód pielęgniarski, otaczający opieką najcenniejsze dobro człowieka — jego życie i zdrowie. Jakże często życie to i zdrowie zależy od inteligentnej i szybkiej obserwacji pielęgniarki, od inteligentnego zrozumienia i wykonania zleceń lekarskich! To samo dotyczy wywiadów domowych, podczas których mamy do czynienia z tak trudnymi, z tak różnorodnymi zagadnieniami, przerzucając się z domu do domu, z jednej warstwy społecznej do drugiej.

Jednym z argumentów, jaki wysuwają zwolennicy obniżenia poziomu szkół pielęgniarskich jest ten, że obecny cenzus utrudnia szkolenie się dużej liczbie dziewcząt wiejskich. Ale czyż smutny fakt, że małorolny lub wyrobnik wiejski przeważnie nie może dać dzieciom wykształcenia gimnazjalnego, a potem jeszcze licealnego, — ma się odbić na chorym i na zdrowiu publicznym? Czyż jedno zło ma koniecznie drugie za sobą pociągać?

Obniżenie poziomu szkół pielęgniarskich nie pozwoliłoby na polepszenie losu chorych w szpitalu i wypaczyłoby nasze młode, pięknie się rozwijające pielęgniarstwo społeczne. A przecież właśnie troska o wieś, o pielęgniarstwo społeczne na wsi jest jedną z przyczyn, dla których miałyby powstać owe szkoły niższego typu, których absolwentki-wieśniaczki powróciłyby na wieś i pracowały na wsi nad podniesieniem jej zdrowia, umiejąc, jakoby one jedne, trafić do chłopa.

Czy na wsi musi koniecznie pracować pielęgniarka-wieśniaczka? Oddajemy głos największemu u nas znawcy w dziedzinie higieny wiejskiej dr. Marcinowi Kacprzakowi: „Wśród cech osobistych, bez których wydajna praca na wsi jest niemożliwa, na pierwszym miejscu stawiam dodatni stosunek do chłopa i gromady wiejskiej. Do pochodzenia nie przywiązuję wagi decydującej: można pochodzić z drobnej burżuazji..., można ze dworu i z chłopskiej chałupy i w każdym z tych przypadków być wzorową pielęgniarką lub złą...“ [1]) Podniesienie opłakanego stanu zdrowia na wsi nie jest uzależnione od pracownic, pochodzących z tej czy innej warstwy społecznej, natomiast uzależnione jest od istnienia pracownic inteligentnych i prawdziwie fachowych.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych nie broni bynajmniej szkolnictwa dotychczasowego w imię ciasno pojętego interesu zawodowego. Zgłoszenia o pielęgniarki do naszych szkół są tak liczne, że „pielęgniarki“

---

[1]) Marcin Kacprzak: *Pielęgniarka Społeczna na wsi;* odbitka z miesięcznika „Zdrowie publiczne“ Nr. 1, 1937.

niższego typu nie stanowiłyby dla nas groźnej „konkurencji". Chodzi o sprawę zasadniczą: aby nie cofać się, nie zbaczać z raz wytkniętej drogi, nie obniżać tego, co dla dobra społeczeństwa zbudowano z niemałym trudem.

Brakowi pielęgniarek możnaby zapobiec bez obniżania szkolnictwa. Czy nie lepiej byłoby znowelizować przepisy przejściowe Ustawy o Pielęgniarstwie przez przedłużenie okresu czasu zdawania egzaminów państwowych i przesunięcie naprzód conajmniej o dwa lata terminu, do którego zalicza się praktyka pielęgniarska?

A przede wszystkim dróg wyjścia należy szukać w powołaniu do życia nowych szkół pielęgniarstwa obecnego typu i rozszerzeniu szkół istniejących, które z braku miejsc nie mogą przyjąć 50% zgłaszających się kandydatek. Jest to paląca potrzeba. Fundusze zaś, które przeznaczałoby się na nowe eksperymenta w zakresie szkolnictwa pielęgniarskiego, użyte na stypendia dla wartościowych a niezamożnych kandydatek do tych szkół, umożliwiłyby szkolenie daleko większej ilości pielęgniarek pełnowartościowych.

Pielęgniarstwo nasze nie jest jeszcze ani w świecie lekarskim, ani w szerokich warstwach społeczeństwa zawodem znanym i docenionym należycie. Jest nas zaledwie 1.450. Nie wszyscy lekarze pracowali na oddziałach, obsadzonych wyłącznie personelem pielęgniarek dyplomowanych, a więc na tych, gdzie różnica między pracą pełnowartościową a dyletancką prawdziwie się zaznacza. Nie znają nas jeszcze dostatecznie pacjenci, którzy częstokroć ani się domyślają, że wielu komplikacji, niewygód i przykrości oszczędziłoby im racjonalne pielęgnowanie.

Niechaj wszystkie pielęgniarki w doniosłej chwili obecnej, w której ważą się losy nie tylko naszego zawodu, ale przede wszystkim zdrowia społecznego i dobra chorych w Polsce, dążą przez pracę rzetelną i ideową do pokazania lekarzom oraz społeczeństwu, jaką wartość ma nasze gruntowne przygotowanie ogólne i zawodowe! Niech poczuwają się przy tym do obowiązku brania w obronę wśród otoczenia naszego szkolnictwa i przekonywania za pomocą silnej i poważnej argumentacji czynem i słowem, że obniżenie szkolnictwa pielęgniarskiego — to obniżenie lecznictwa i higieny społecznej.

Redakcja

Kilka słów o istocie zakrzepowego zapalenia żył

Już z dawien dawna utarł się w medycynie pogląd, że występowanie zakrzepów w naczyniach krwionośnych bywa zwykle poprzedzone i bezpośrednio spowodowane obecnością w nich znacznego zastoju krwi. Pogląd powyższy dał się utrzymać do czasu, kiedy Baumgarten dla celów doświadczalnych podwiązał naczynie krwionośne w dwu miejscach, starając się nie uszkodzić śródbłonka. Okazało się, że mimo absolutnego zastoju krwi. który zapanował w odcinku naczynia. zawartym między podwiązkami, krew pozostała płynną w ciągu dłuższego czasu.

Doświadczenie Baumgartena. dowodzące niezbicie, że zastój krwi przy nieuszkodzonej ścianie naczynia nie wystarcza do powstania skrzepliny, stało się bodźcem do dalszych badań nad mechanizmem tworzenia się zakrzepów. Badacze francuscy zajęli się obserwacją reakcji ściany żylnej na wstrzykiwane płyny drażniące i uszkadzające chemicznie jej śródbłonek. Zaobserwowano (Achard) wkrótce po zastrzyku obrzmienie śródbłonka żyły, w ślad za czym. przy silniejszych stężeniach płynu drażniącego, następowało jego złuszczanie się, oraz pojawianie się nacieku w błonie wewnętrznej i środkowej. Jednocześnie, prawie z reguły następowało osiadanie płytek krwi w miejscu uszkodzenia śródbłonka, które stawało się ośrodkiem, wokół którego przez gromadzenie się włóknika oraz elementów upostaciowanych krwi wytwarzała się skrzeplina.

W ten sposób udało się ustalić, że zwolnienie prądu krwi samo przez się nie może powodować zmian zakrzepowych; natomiast nieznaczne nawet uszkodzenie ściany naczynia. a zwłaszcza jego śródbłonka, prawie zawsze prowadzi do powstania skrzepliny w świetle uszkodzonego naczynia.

Nawiasem dodać można. że metody wywoływania zamknięcia światła naczyniowego przez wprowadzenie doń płynów uszkadzających śródbłonek i prowadzących tą drogą do zakrzepu, znalazły dziś pełne zastosowanie praktyczne w leczeniu chorobliwie rozszerzonych żył, czyli t. zw. żylaków.

Przechodząc do omawiania zakrzepów, spotykanych przy łóżku chorego. należy raz jeszcze podkreślić, że zgodnie z wynikiem badań doświadczalnych warunkiem *sine qua non* ich powstania jest uszkodzenie śródbłonka.

Czynniki uszkadzające mogą być bardzo różnorodne. W pierwszym rzędzie wymienić wypada czynnik bakteryjny, czynnik toksyczny, oraz moment nieodżywienia ściany naczynia krwionośnego.

Czynniki uszkadzające zadziałać mogą w każdym punkcie układu naczyniowego i to zarówno w jego części tętniczej, jak i żylnej. Czemu więc ze sprawą zakrzepową nieporównanie częściej spotykamy się w żyłach, niż w tętnicach?

Wiemy, że w żyłach. a specjalnie w niektórych z nich, prąd krwi ulega znacznemu zwolnieniu. Według Morawitz'a. twórcy zaczynowej teorii krzepnienia krwi, ta ostatnia jest zawsze gotowa do stworzenia skrzepliny. a brakuje jej jedynie, w warunkach prawidłowego krążenia, bodźca wyzwalającego wypadanie włóknika. Ten bodziec włóknikotwórczy jest niejako zamknięty w płytkach krwi oraz w komórkach śródbłonka-naczyniowego. W wypadku uszkodzenia tego ostatniego. ów bodziec włóknikotwórczy wydostaje się do światła naczynia, przy czym siła działania jest wprost proporcjonalna do jego stężenia, a co za tym idzie odwrotnie proporcjonalna do szybkości prądu

krwi. Skoro prąd krwi ulegnie zwolnieniu, łatwiej też osiadać mogą płytki krwi, odgrywające niemniej istotną rolę w procesie krzepnienia.

Tak więc zastój krwi stanowi niezwykle dogodne podłoże dla powstania zakrzepu. Nie możemy się jednak żadną miarą zgodzić z dawnymi pojęciami, przypisującymi mu znaczenie zasadnicze.

U chorych unieruchomionych w opatrunkach gipsowych, sięgających nieraz do pasa i wyżej, nie spotykamy się z zakrzepami, chociaż krążenie żylne jest niewątpliwie upośledzone w kończynach dolnych, skoro odpada ważny jego motor — czynne ruchy mięśni.

Natomiast dość często spotykamy się ze sprawą zakrzepową u chorych po operacji. Ulubionym siedliskiem zakrzepów są zwykle żyły miednicy i kończyn dolnych, przy czym zakrzepy powstają szczególnie łatwo po zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, oraz miednicy. Zjawisko to objaśniamy w sposób następujący: po każdej operacji, a zwłaszcza większej, we krwi krążą trujące produkty rozpadu białka, które niewątpliwie mogą uszkadzać śródbłonkową wyściółkę naczyń. Jeżeli teraz w żyle o uszkodzonym śródbłonku powstanie zastój, stworzyć on może dogodne warunki dla wytworzenia się zakrzepu.

Istotnie — zdaniem naszym — znaczny stosunkowo odsetek powikłań zakrzepowych po operacjach brzusznych przypisać należy specjalnie niekorzystnemu wpływowi, który te właśnie zabiegi wywierają na krążenie żylne. Jak wiadomo, ruch krwi w żyłach odbywa się w znacznej mierze dzięki ssącemu działaniu klatki piersiowej. Ból podczas oddychania, który odczuwają chorzy z ranami operacyjnemi w obrębie jamy brzusznej, zmusza ich do jak najbardziej powierzchownego oddychania. Wskutek tego ssąca praca klatki piersiowej ulega znacznemu ograniczeniu, a w obrębie żył, zwłaszcza miednicy i kończyn dolnych zjawia się zastój, który trafiając na uszkodzony śródbłonek przez wspomniane „jady pooperacyjne“, przyczynia się często do powstania zakrzepu.

Znane są przypadki zakrzepów u osobników charłacznych *(trombosis marantica)*. Tutaj mamy zapewne do czynienia z uszkodzeniem ściany naczynia przez jej niedożywienie, oraz przekonywujący przykład, że uszkodzenie śródbłonka jest nie tylko koniecznym, ale też niekiedy wystarczającym momentem dla powstania zakrzepu.

Rola czynnika bakteryjnego, może najistotniejszego w omawianej sprawie zakrzepowej, znalazła w ostatnich czasach pełniejsze ujęcie w związku z nowymi poglądami, które zostały wprowadzone do patologii chorób zakaźnych. Wbrew dawnym mniemaniom, coraz ściślejsze badania bakteriologów i klinicystów doprowadziły do stwierdzenia, że w chorobie zakaźnej zaatakowany jest nie tylko narząd, ze strony którego występują objawy, ale przeważnie cały ustrój, czego dowodzi między innymi to, że prawie w każdej chorobie infekcyjnej istnieją okresy, podczas których możemy wykryć zarazki we krwi. Zarazki mogą osiedlić się, zwłaszcza przy zwolnionym prądzie krwi, na ścianie naczynia, uszkadzając jego śródbłonek i stanowiąc niejako mechaniczną oś dla powstającej skrzepliny. W wielu też wypadkach udało się ze skrzeplin wyhodować zarazki. Między innymi wykryto pałeczki Eberth'a (Vaqnez), streptokoki (Vidal), oraz prątki Koch'a (Eberth).

Los powstałego zakrzepu może być jeszcze bardziej rozmaity, niż przyczyny, które się złożyły na jego powstanie. Zgrubsza biorąc, możemy mieć do czynienia:

1) z wrastaniem tkanki łącznej od ściany naczynia do skrzepliny, czyli t. zw. organizację;

2) rozmiękanie skrzepliny, które może być jałowe, a więc odbywające się pod wpływem enzymów proteolitycznych[1]) ustroju, lub zakażone, gdzie fermentów rozpuszczających dostarczają zarazki. Dodawać chyba nie trzeba, że rozmiękanie skrzepliny jest wybitnie niekorzystnym zejściem sprawy zakrzepowej, gdyż grozi powstaniem zatorów, zwłaszcza tętnic płucnych, przez porwanie prądem krwi cząstki skrzepliny; w wypadku, gdy skrzeplina jest zakażoną, dojść może do powstania ropni płuc, lub nawet posocznicy.

Niebezpieczeństwo niezwykle ciężkich komplikacji, jakimi grozi zawsze zakrzepowe zapalenie żył, nakłada na nas obowiązek codziennego poszukiwania objawów u wszystkich ciężko chorych, zwłaszcza po operacjach, porodach etc., oraz u zakaźnie chorych.

Uwagę naszą zwrócić już powinny skargi chorego na ból, oraz uczucie ciążenia kończyny. Objawy podmiotowe nie zawsze jednak występują. Trzeba więc samemu sprawdzać, czy nie zjawia się obrzęk (z reguły na jednej z kończyn), będący wyrazem zaczopowania większej żyły, lub bolesność uciskowa, zwłaszcza w okolicy kości łódkowatej i poniżej kostki przyśrodkowej (Wojciechowski). W klasycznych przypadkach rozpoznanie nie nastręcza zwykle trudności wobec wystąpienia obrzęku chorej kończyny, bólów typowych, oraz wyczuwalnego niekiedy pod skórą twardego powrózka, ponad którym stwierdza się zwykle odczyn zapalny. Objawom miejscowym towarzyszy najczęściej reakcja ogólna, stanowiąca w niektórych przypadkach jedyne świadectwo toczącej się sprawy zakrzepowej. Odczyn ogólny wyraża się w pierwszym rzędzie podniesieniem się ciepłoty, oraz przyspieszeniem tętna. Na uwagę zasługuje niewspółmierne często zwiększenie liczby uderzeń tętna w stosunku do temperatury.

Nie wdając się w omawianie licznych metod leczenia zakrzepowego zapalenia żył, podkreślić wypada, że w pierwszym rzędzie starać się musimy uchronić chorego przed niebezpieczeństwem rozsiania ewentualnej infekcji, oraz przed wystąpieniem zatorów.

W tym celu nakazujemy choremu jak najdalej idący spokój, unieruchamiamy chorą kończynę, przerywając jednocześnie wszelkie zabiegi, jak masaże, wcierania, elektryzację i t. p., jeżeli były dotychczas na niej wykonywane. Niekiedy, obawiając się wystąpienia znacznego obrzęku chorej kończyny, nakładamy elastyczny opatrunek uciskowy z plastra, opaski elastycznej, lub klejowej.

Bardziej celowe od leczenia jest zapobieganie zakrzepom przez możliwie wczesne uruchamianie chorych po operacjach, oraz przez stosowanie coraz bardziej dziś wprowadzanej gimnastyki leczniczej, polegającej na wykonywaniu nawet przez ciężko chorych czynnych ruchów.

Zakrzepowe zapalenie żył jest cierpieniem o charakterze wybitnie przewlekłym. Czas jego trwania waha się w bardzo szerokich granicach.

Bez przesady powiedzieć można, że efekt leczniczy w znacznej mierze zależy od prawidłowej pielęgnacji.

Dr K. J. Jezierski

---

[1]) Czynniki rozpuszczające (Red.)

Pielęgnowanie chorego z zakrzepem nogi

Zakrzep, jako powikłanie pooperacyjne, lub poporodowe, zdarza się zwykle na 10—13 dzień po zabiegu, lub porodzie, w czasie, gdy chora, wchodząc w okres rekonwalescencji, czuje się już często zupełnie dobrze. Objawy zakrzepu przychodzą nagle. Podniesienie ciepłoty i tętna, ból, obrzęk kończyny — chora, która spodziewała się wyjść do domu za kilka dni, zostaje skazana na długie tygodnie leżenia.

Ponieważ zapewnienie spokoju i dbanie o wygodę chorej odgrywa ważną rolę w leczeniu zakrzepu, na pierwszy plan wysuwa się w y g o d n e u ł o ż e n i e i u n i e r u c h o m i e n i e n o g i. Służy do tego najczęściej szyna metalowa, druciana lub blaszana. Szynę wyścielamy miękkim materiałem, ligniną. lub watą, zwiększając miękkie warstwy w miejscu pod kolanem i ścięgnem Achilles'a, zostawiając raczej wolną przestrzeń pod łydką. Szynę układamy na poduszce tak, by pięta była trochę wyżej, niż kolano. Noga w szynie powinna być ułożona w małym zgięciu w stawie kolanowym, stopa ustawiona mniej więcej pod kątem 90° w stosunku do podudzia. Dobrze wykonane szyny mają poprzeczne ramiona w okolicy pięty, co pozwala na przymocowanie szyny do łóżka i całkowite unieruchomienie.

W pierwszych dniach pojawienia się zakrzepu chora odczuwa zazwyczaj dotkliwe bóle. Stosujemy według zlecenia lekarza morfinę w injekcjach, pyramidon, środki nasenne, oraz

K o m p r e s y r o z g r z e w a j ą c e. Kładzie się je na całą nogę, począwszy od kostki, skończywszy na górnym odcinku uda. Przed położeniem kompresu, nogę smarujemy wazeliną, by zabezpieczyć skórę przed zmacerowaniem. Jedna pielęgniarka ujmuje nogę pod piętę i kolano, unosząc ją nie wysoko — druga całą dłonią rozsmarowuje delikatnie po całej nodze cienką warstwę wazeliny, nigdzie nie uciskając. Następnie kładziemy kompres uważając, by warstwa kompresu właściwego nie była widoczna spod ceratki, a ta ostatnia była dokładnie zakryta warstwą ciepłą (watą, flanelą). Po czym lekko bandażujemy nogę wraz z szyną, przy pachwinie bandażując możliwie ściśło, gdyż w tym miejscu kompres zwykle odstaje, nie przylegając szczelnie do nogi.

Kompresy zmieniamy raz na dobę. W pierwszych tygodniach, gdy noga jest bardzo bolesna, zmieniamy kompres w sposób następujący: rozbandażowujemy, rozchylamy warstwy ciepłe i ceratkę; kompresu właściwego nie ruszamy, tylko zwilżamy, polewając ciepłą wodą, wodą Burowa, lub najlepiej 2% wodnym roztworem ichtiolu, który nie drażni naskórka i ma działanie resorbcyjne. Nogi nie poruszamy wcale. Co kilka jednak dni należy rozwinąć również i kompres właściwy i sprawdzić stan skóry.

Przy oddawaniu moczu chore często zalewają górną część kompresu. Zabezpieczamy więc go, zakładając ceratkę na cały górny kant szyny i kompresu, tuż przy pachwinie.

Gdy spostrzegamy, że naskórek nogi pod kompresem ulega maceracji, zaczerwienieniu, wypryskom, kompres na czas jakiś odstawiamy, miejsce zmacerowane zmywamy ostrożnie wacikami zwilżonymi w alkoholu, lub benzynie, talkujemy, zawijamy nogę na sucho i kładziemy z powrotem w szynę.

Kompresy odstawia się zupełnie zazwyczaj po 3—4 tygodniach leżenia, gdy obrzęk zaczyna znikać. Po zdjęciu ostatniego kompresu, wazelinę z nogi

ostrożnie zmywamy benzyną, skórę talkujemy, rozprowadzając talk całą dłonią po powierzchni nogi, nigdzie nie uciskając. Okrywamy nogę ciepło i bandażujemy w dalszym ciągu wraz z szyną. Talkowanie i przebandażowywanie robimy 1—2 razy dziennie, lub częściej, w dalszym ciągu zwracając uwagę, by nogę jak najmniej poruszać.

Następnie z kolei, w zależności od zlecenia, zabieramy szynę, a noga czas jakiś leży ciepło okryta jeszcze na poduszce. Możemy już wówczas przenosić chorą do przesłania łóżka na wózek, lub inne łóżko. Przenoszą zazwyczaj 3 pielęgniarki chorą w pozycji leżącej. Potem likwidujemy też i poduszkę z pod nogi.

Do podłożenia basenu chora na zgiętej zdrowej nodze unosi się trochę w górę, podczas gdy jedna pielęgniarka, podkładając ręce pod szynę, unosi jednocześnie lekko nogę, a druga pielęgniarka podkłada basen. Do oddawania moczu wygodniej jest podkładać chorej nerkę, zamiast basenu.

Przez cały czas, gdy noga jest obrzęknięta, nie przenosimy chorej dla przesłania łóżka. Łóżko powinny słać dwie lub lepiej trzy pielęgniarki. Obluźniamy pościel, zdejmujemy kapę i koc, zostawiając chorą pod prześcieradłem i drugim kocem, których brzegi zarzucamy na chorą. Poduszki wyjmujemy wszystkie, częściowo, lub nie wyjmujemy wcale. Chora na zgiętej zdrowej nodze unosi się trochę w górę; jednocześnie jedna pielęgniarka, podkładając ręce pod poduszkę, unosi nogę wraz z szyną. Jeśli pracują tylko dwie pielęgniarki, wówczas druga wyciąga spod chorej podkład z ceratą, wymiata rękawiczką okruchy z dolnego prześcieradła i zakłada pod chorą z powrotem strząśnięty lub świeży podkład z ceratką. O ile pracują trzy pielęgniarki, to pierwsza i druga wymiata okruchy z podkładu, ceraty i prześcieradła, podczas gdy trzecia unosi poduszkę wraz z nogą. Rola trzeciej pielęgniarki przy słaniu łóżka ogranicza się tylko do unoszenia nogi chorej podczas wymiatania okruchów. Następnie naciągają dolne prześcieradło, podkład, ceratę, układają lub poprawiają poduszki, zwracając uwagę na wygodne ich ułożenie. Pierwsza poduszka powinna być położona głęboko pod krzyż, następne stopniowo coraz wyżej. Pod pośladki chorej kładziemy kółko gumowe.

Gdy zajdzie potrzeba zmiany pościeli, postępujemy według ogólnych zasad (zmiana prześcieradła dolnego od głów do stóp), zachowując ostrożności, jak przy codziennym prześcielaniu.

Przy układaniu górnego przykrycia, zwracamy uwagę, by nie obciążać nim chorej nogi. Układamy koce zupełnie luźno, tworząc z nich nad chorą nogą rodzaj daszku. Wygodniejsze są klosze, na które zarzuca się wierzchnie przykrycie, przez co noga nie jest wcale uciśnięta.

Bardzo ważną rzeczą u chorych z zakrzepem nogi jest dbanie o plecy i pośladki, czyli zapobieganie odleżynom. Minimum dwa razy dziennie, rano i wieczór zmywamy plecy i pośladki chorej ciepłą wodą z mydłem, nacieramy alkoholem i talkujemy. W razie bólu, pieczenia lub zaczerwienienia, robimy to częściej. Przesuwamy też często podkład pod chorą, by odświeżyć skórę pośladków.

W celu sprawdzenia różnicy grubości nóg, mierzymy je w sposób następujący. Ołówkiem chemicznym, zwilżonym w wodzie robimy na obu nogach poprzeczne kreseczki. Pierwsza kreska wypada na górnej krawędzi rzepki. Następnie odmierzamy, zaczynając od I kreski, centymetrem jednakowo na obu nogach odległości następnych kresek: w połowie uda

drugą, w połowie łydki trzecią i w okolicy stawu skokowego czwartą. Mierzymy centymetrem obwód nóg na liniach kresek i zapisujemy.

Czasami w 4—5 tygodniu stosuje się plastry rtęciowe, które nalepia się na nogę wzdłuż przebiegu chorej żyły. Plaster taki kroi się w długie wstęgi, szerokości około czterech centymetrów, ogrzewa się nad płomieniem i przylepia.

Często na zakończenie kuracji, po usunięciu szyny i poduszki, zalecane są masaże. Przez pierwszych kilka dni masaże robimy przez pięć minut. Polegają one nie na masażu właściwym, lecz na delikatnym głaskaniu, oraz lekkich ruchach czynnych i biernych. Stopniowo zwiększamy intensywność masażu i ruchów, oraz czas trwania aż do minut 20.

Przy pielęgnacji chorych z zakrzepem nogi, największą uwagę zwracać należy na spokój. Noga powinna być ruszana jak najmniej, a te minimum koniecznych ruchów, wykonane powinno być ostrożnie i spokojnie z uwagi na możność wywołania w każdej chwili groźnego pogorszenia, lub katastrofy. Z powyższego również powodu chorzy z zakrzepem powinni być zawsze przedmiotem ścisłej i czujnej obserwacji.

Należy również pamiętać o stronie psychicznej chorych. Zniecierpliwienie, zdenerwowanie i zniechęcenie jest często spotykane u chorych z zakrzepami. Radio i lektura może choć w części ułatwić znoszenie przykrych i długich godzin leżenia. Nie trzeba też zapominać o starannym wietrzeniu pokoju i możliwie dobrym odżywianiu.

Wanda Czajkowska
Absolwentka i Instruktorka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa

---

Fundacja Rockefellera w Polsce

Nazwisko zmarłego w maju b. r. ś. p. Johna Rockefellera zapisało się chlubnymi zgłoskami w dziejach rozwoju instytucji społeczno--zdrowotnych w Polsce.

Rockefeller, miliarder amerykański, stworzył Fundację w roku 1913. Główna jej siedziba jest w Nowym Jorku. Działalność Fundacji obejmuje dwie gałęzie.

Pierwszą z nich to Międzynarodowy Wydział Zdrowia, który w akcji swej kieruje się pewnymi stałymi zasadami: współpracuje wyłącznie z rządem danego państwa, uważając, że do czynników rządowych należy dbałość o zdrowie publiczne; pomocy udziela jedynie na żądanie rządu, tylko przez pewien okres czasu i pod warunkiem, że czynniki miejscowe pokryją większość wydatków i że rozpoczęta przez Fundację praca będzie nadal prowadzona. — Subwencjonuje tylko niektóre działy ściśle określone (kształcenie personelu administracji sanitarnej, walka z zimnicą, praca na wsi itd.)

Drugi, to Wydział Kształcenia Medycznego, udzielający stypendiów na wyjazdy zagraniczne personelowi sanitarnemu.

Oba Wydziały Fundacji Rockefellera rozwinęły swą działalność w Polsce. I tak Fundacja w znacznej mierze przyczyniła się do budowy Państwowej Szkoły Higieny, pomogła do otwarcia Instytutu Higieny Psychicznej przy Państwowym Zakładzie Higieny. Wielkie zasługi poniosła, umożliwiając otwarcie demonstracyjnych ośrodków zdrowia, więc: I Ośrodka Zdrowia w Warszawie, ośrodka wiejskiego w Skierniewicach, ośrodka w okręgu prze-

mysłowym powiatu będzińskiego, ośrodków w Wilnie i we Lwowie; prócz tego szeregu ośrodków w powiecie warszawskim. Ośrodki te Fundacja subwencjonowała przez lat pięć, co roku dając mniej o 20% i w ten sposób stopniowo przesuwając ich prowadzenie na samorządy.

W dziale zdrowia publicznego od roku 1921, w którym wyjechali za granicę pierwsi stypendyści-lekarze: dr. Józef Celarek, dr. Jan Surawski i dr. Czesław Wroczyński, Fundacja umożliwiła studia zagraniczne czterdziestu kilku lekarzom. Studia te trwały od roku do dwóch lat, poza tym co roku wyjeżdża 1—2 lekarzy na kilka tygodni za granicę.

Fundacja pomogła do prowadzenia w Departamencie Służby Zdrowia działów: ośrodków zdrowia, pielęgniarskiego i inżynierii sanitarnej, subwencjonując je przez lat dziesięć aż do 1936 roku.

Prócz tego szereg wydziałów uniwersyteckich korzystało z pomocy Fundacji.

Szczególną wdzięczność winno jest Fundacji Rockefellera nasze pielęgniarstwo. Na tym polu Fundacja rozpoczęła działalność w r. 1922, przysyłając do Polski swą przedstawicielkę, p. Elizabeth F. Crovell dla zorientowania się, czy Polska przedstawia odpowiedni teren rozwoju dla pielęgniarstwa. Opinia p. Crovell wypadła dodatnio, dzięki czemu Fundacja Rockefellera pomogła nam wydatnie w rozwoju pielęgniarstwa, umożliwiając budowę szkół i wysyłając za granicę ich absolwentki.

Sto tysięcy dolarów, ofiarowanych Rządowi Polskiemu (pod warunkiem, że Rząd dostarczy brakującej sumy) umożliwiło zbudowanie gmachu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Dzięki takiejże kwocie 100.000 dolarów mogła powstać Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek w Krakowie, która poza przebudową i nadbudową przeznaczonego dla niej przez Uniwersytet gmachu, przez 9 lat udzielała stypendiów uczennicom oraz opłacała część personelu. Prócz tego w czasie najtrudniejszego okresu prowadzenia Szkoły, Fundacja dwukrotnie pomagała jej kwotą kilku tysięcy dolarów.

Pierwszymi stypendystkami Fundacji, które w r. 1921 wyjechały na studia zagraniczne, były ś. p. Zofia Komorska-Barnett, p. Teresa Kulczyńska oraz p. Maria Wiszniewska, wszystkie trzy po powrocie były w ciągu kilku lat instruktorkami Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Przed otwarciem Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek, dzięki stypendium Fundacji dokształcił się za granicą cały jej personel. Poza tym około trzydziestu absolwentek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek w Krakowie, Szkoły Pielęgniarstwa P C K w Poznaniu wyjeżdżało na studia zagraniczne, trwające rok do dwu lat w Ameryce Północnej i w Europie. Pielęgniarki te wracały z zagranicy na odpowiedzialne, naczelne stanowiska. Fundacja udzieliła pielęgniarkom również kilku stypendiów parotygodniowych.

Ten krótki opis zasług Fundacji Rockefellera w Polsce byłby niepełny, gdybyśmy nie wspomnieli o pracy orientacyjnej i inspekcyjnej jej przedstawicieli. W dziedzinie lekarskiej pełnili ją kolejno do chwili bieżącej: dr. Milan, dr. Leach i dr. Taylor. W dziedzinie pielęgniarskiej, przez pewien czas przy pomocy swoich asystentek, — p. Elizabeth Crovell, której inteligencji, taktowi i serdecznej życzliwości, okazującej się czynnie w różnych ciężkich dla naszego zawodu momentach, ciągle zawdzięczamy niezmiernie wiele.

H. C.

Zabiegi pielęgniarskie

(Ciąg dalszy)

XIX. Podawanie lekarstw

Apteczka

Lekarstwa w szpitalu powinny być przechowywane w specjalnej szafce, tylko na to przeznaczonej. W apteczce tej ustawiamy je grupami wedle działania np. osobno środki przeciwgorączkowe, osobno przeczyszczające itd. Według obowiązującej w Polsce ustawy, narkotyki przechowywane są osobno przez lekarza, pod jego osobistą odpowiedzialnością. Szafka powinna być stale zamknięta, klucz schowany tak, aby służba i chorzy nie mieli doń dostępu.

Codziennie przeglądamy całą szafkę, wycierając kurze, ustawiając flaszeczki i pudełka porządnie, naklejką do przodu, usuwając puste. Przetwory biologiczne (surowice, szczepionki), przechowujemy nie w ogólnej apteczce, ale w miejscu chłodnym, najlepiej w lodowni.

Wszystkie flaszki, pudełka, torebki winny być oznaczone. Nie wolno podawać lekarstw, które zmieniły swój wygląd, z wyjątkiem surowic i szczepionek, przy których kierujemy się nie wyglądem, ale datą ważności.

Ogólne zasady

Błędy, zrobione przy podawaniu lekarstw, mszczą się nieraz tragicznie — gdyż pielęgniarka może stać się przez brak uwagi nawet winną śmierci chorego. Ponadto dobrze jest pamiętać, że w razie omyłki pielęgniarka odpowiada sądownie. Dlatego też należy:

1) Mierząc i rozdając lekarstwa czynić to ze skupieniem, nie rozglądając się, nie rozmawiając.

2) Osoba, która odmierzała lekarstwa, winna sama je podać chorym, nie wyręczając się nigdy koleżanką, a tym bardziej służbą lub innymi chorymi, gdyż w ten sposób odpowiedzialność rozdziela się na dwie osoby.

3) Lekarstw nie wolno w żadnym wypadku pozostawiać przy łóżku chorych, ale dopilnować, aby chory wypił je w obecności pielęgniarki.

4) Obmyśleć i przyjąć taki system podawania leków, który by zmniejszał do minimum możliwość pomyłek.

Prosty system podawania lekarstw w szpitalu

Wszelkie zlecenia lekarskie co do leków i zabiegów notujemy od razu, w chwili otrzymania ich, w książce zleceń. Z książki tej wypisujemy lekarstwa na bilecikach, opatrzonych imieniem i nazwiskiem chorego, numerem sali i łóżka. Wypisujemy tu nazwę leku, względnie jego skład, dawkę, pory podawania.

W chwili, gdy mamy podawać lekarstwa, rozkładamy na tacy kartki, ustawiamy na nich kieliszki miareczkowane do lekarstw, i kolejno nalewamy lekarstwa. Pielęgniarka jest przy tym obowiązana przeczytać trzykrotnie napis na lekarstwie i sprawdzić go z kartką: raz przy wyjmowaniu z szafy, drugi raz przy nalewaniu, trzeci przy stawianiu na miejsce.

Nalewając z butelki uważamy, aby naklejkę trzymać do góry tak, aby po niej krople nie ściekały. Po nalaniu, wycieramy szyjkę flaszki wacikiem. Proszki, pigułki itp. wkładamy do kieliszka. Na tacy stawiamy dzbanuszek z wodą do popijania.

Niosąc lekarstwa na tacy, sprawdzamy przy wejściu na salę jej numer, przy każdym łóżku numer łóżka, nazwisko i imię chorego.

Ciężko choremu należy unieść głowę i wlać ostrożnie lekarstwo do ust. W tej samej szklaneczce dajemy wody do popicia.

Po rozdaniu lekarstw, należy umyć kieliszki gorącą wodą i schować je do apteczki, jak również bileciki.

Uwagi

Kwasy mineralne i leki, które zawierają żelazo, należy podawać przez rurkę szklaną, gdyż niszczą one emalię zębów.

Sole przeczyszczające dajemy w dużej ilości wody. Dawkę rozpuszczamy w pół szklanki wody gorącej, dajemy popić całą szklanką zimnej wody.

Proszki rozpuszczamy w wodzie na łyżeczce i dajemy popić wodą. Proszki o nieco przykrym smaku zawijamy w opłatek (o ile opłatek twardy, zmoczyć go). Opłatek kładziemy na łyżce, wsypujemy proszek i drugą łyżką zawijamy, po czym, przed podaniem, zwilżamy wodą.

Proszki w gotowych kapsułkach z opłatka należy przed podaniem przez dłuższą chwilę namoczyć na łyżce.

Proszki i pigułki o bardzo przykrym smaku można podać w łyżce marmolady, syropu lub miodu (sposób dobry dla dzieci).

Olej rycynowy podawać najlepiej z cytryną i sodą oczyszczoną. Na dno szklanki nalewamy soku z połowy cytryny, na to olej. Zamiast cytryny można użyć kwasku cytrynowego. Dokładnie mieszamy, aby utworzyła się zawiesina. Brzeg szklanki nacieramy cytryną i zanosimy choremu na małej tacce wraz z sodą oczyszczoną, łyżeczką i plasterkiem cytryny lub kawałkiem chleba. Przy łóżku wsypujemy szczyptę sody oczyszczonej i mieszamy. Mieszanina ta pieni się silnie, podajemy ją od razu choremu, który po wypiciu zagryza ją kawałkiem chleba lub plasterkiem cytryny.

Lekarstw o przykrym smaku nie należy nigdy podawać z wartościowymi pokarmami jak jaja, mleko, aby te choremu nie obrzydły.

XX. Lewatywy

Lewatywa przeczyszczająca

Przybory

irygator z litrem wody o temp. około 35° C z dodatkiem mydła, opatrzony drenem i zaciskaczem,

kanka gumowa lub kauczukowa,
wazelina,
nerka,
mały podkładzik z ceratą,
miseczka nerkowata, na niej kawałek ligniny,
papier higieniczny.

Postępowanie

Chory leży na lewym boku, jeżeli nie może — na wznak, wtedy zawsze lewatywę robimy na basenie. Podłożyć podkładzik. Po połączeniu kanki z drenem nasmarować kankę wazeliną, wypuścić strumień wody do nerki dla wypuszczenia powietrza, zacisnąć dren i wprowadzić kankę do odbytnicy. Odemknąć zaciskacz. Jedną ręką trzymamy irygator na wysokości pół metra nad łóżkiem, drugą — połączenie kanki z drenem. O ile chory odczuwa silne parcie, przerwać na chwilę wprowadzanie wody, zacisnąwszy zaciskacz, lub zwolnić prąd wody, obniżając irygator, lekko rozcierać brzuch i polecić choremu głęboko oddychać przez usta.

O ile zauważymy, że wody w irygatorze nie ubywa, podnieść go nieco wyżej, aby silniejszy prąd wody przetkał kankę, zatkaną kałem, ewentualnie zmienić kankę.

Zacisnąć dren, gdy jeszcze trochę płynu jest w irygatorze. Wyjąć kankę i położyć ją na ligninie do miseczki.

O ile chory leżał na boku, położyć go na wznak i podać basen, polecając choremu, aby przez kilka minut starał się nie wypuszczać płynu.

Po wypróżnieniu podać choremu papier higieniczny, ewentualnie pomóc. W razie potrzeby podmyć chorego na czystym basenie.

Przepłukać irygator i dren, wysuszyć irygator. Kankę oczyścić ligniną, umyć wodą z mydłem i wygotować w ciągu 5 minut. W szpitalach kanki po wygotowaniu kładziemy do wygotowanego słoja.

Uwaga: Lewatywę w braku irygatora można zrobić za pomocą lejka, do którego wlewamy stopniowo wodę z dzbanuszka uważając, aby lejek zupełnie się nie opróżnił, t. j. aby się powietrze nie dostało.

Lewatywy lecznicze i odżywcze

Zasady

Cchodzi o zatrzymanie płynu dlatego

1) dajemy bardzo małą ilość płynu (100—300 cm³) i
2) wpuszczamy płyn bardzo powoli (zabieg trwa od 20—30 minut);
3) zabieg poprzedzamy lewatywą przeczyszczającą i stosujemy go dopiero w pewien czas po wypróżnieniu i ustaniu parcia.

Stosujemy środki i temperaturę, zależnie od zlecenia lekarza.

Technika i przybory, jak przy lewatywie przeczyszczającej. Używamy irygatora lub lejka.

XXI. Kroplówka

Kroplówka ma na celu dostarczenie płynu organizmowi drogą pozaustną.

Przybory

Irygator na stelażu, zawierający roztwór soli fizjologicznej, lub glukozy 5—10%. Temp. 38°. Z drenem irygatora połączony jest przyrząd zwany kulą Martina, sączący krople.

Dwa worki z gorącą wodą,
kanka cienka (lub kateter gumowy),
wazelina,
nerka z kawałkiem ligniny,
podkładzik.

Postępowanie

Obok łóżka postawić stelaż, powiesić na nim irygator i obłożyć irygator workami z gorącą wodą. Chorego ułożyć wygodnie ne lewym boku, najczęściej na wznak. Podłożyć podkładzik. Połączyć kankę z drenem, wysmarować ją wazeliną, wypuścić powietrze uregulować spadanie kropli (60 na minutę), i wprowadzić głęboko do odbytnicy. Uważać, aby dren nie był uciśnięty, trzeba go więc przeprowadzić ponad nogą chorego.

Przez okres trwania kroplówki — zależny od zlecenia — zmieniać wodę w workach, sprawdzać ilość kropel na minutę, sprawdzać, czy kroplówka dobrze się wchłania, czy nie powoduje wypróżnienia.

Po ukończeniu zakręcić kranik, wyjąć kankę i położyć ją na nerce na ligninie. Wyjąć podkładzik, zmienić podkład, o ile jest wilgotny. Zapisać, ile płynu zostało wchłoniętego (zauważyć, czy nie wyciekł na podkład). Z kanką postąpić jak po lewatywie.

XXII. ZASTRZYKI

A. Zastrzyk podskórny

Niebezpieczeństwa:
zakażenie,
złamanie igły,
danie zastrzyku dożylnie.

Ostrożności:

1) Dokładna sterylizacja strzykawki i igły,

2) dokładna dezynfekcja skóry,

3) unikać podrażnienia nerwów podskórnych (tępa igła, wbicie podskórne), aby nie wywołać abscesu,

4) nie używać igły zgiętej lub zardzewiałej.

5) Chorego, któremu stosujemy zastrzyk po raz pierwszy, uprzedzamy, aby nie przestraszył się i nie ruszył się podczas wbijania igły. Dzieci lub chorych nieprzytomnych musi druga osoba przytrzymać.

6) Nie wbijać nigdy igły po wewnętrznej stronie kończyn, gdzie przebiegają większe naczynia krwionośne.

Miejsca zastrzyków

Najczęściej, o ile nie ma innego zlecenia, dajemy zastrzyk po zewnętrznej stronie ramienia lub uda.

Przybory na tacce

Przeparat do zastrzyku w ampułce lub flaszce.

Słoik ze strzykawką, wygotowane przez 10 minut. Strzykawka zalana alkoholem 95 procentowym,

słoiczek z igłami w alkoholu (igły gotować 5 minut),

słoiczek z pincetą (wygotowane 10 minut), zanurzoną w spirytusie denaturowanym (lub 5% roztworze lysolu),

eter, działający odtłuszczająco i lekko znieczulająco, alkohol lub jodyna do dezynfekcji skóry,

waciki (kulki do eteru i alkoholu, na paleczkach do jodyny),

miseczka nerkowata na brudne waciki i zużyte ampułki.

Sposób wykonania

Umyć ręce. Wyjąć strzykawkę pincetą i nie dotykając tłoka, złożyć ją. Nałożyć pincetą igłę i wyjąć z niej mandryn. Wystrzyknąć resztę alkoholu. Nadpiłować ampułkę pilniczkiem i złamać przez wacik. Nabrać płynu (uważać, aby trafić igłą prosto do ampułki). Wypuścić powietrze. Zdezynfekować skórę, chwycić jej gruby fałd dwoma palcami lewej ręki, szybkim ruchem wbić igłę ukośnie, pomału wstrzyknąć płyn i szybko wyjąć igłę. Zajodynować i lekko rozmasować miejsce ukłucia.

Przestrzyknąć igłę i strzykawkę alkoholem (po kamforze bardzo dokładnie przestrzyknąć alkoholem z osobnego słoika), rozłożyć strzykawkę i włożyć ją do słoja z alkoholem. Do igły włożyć mandryn i odłożyć do gotowania.

Tackę po każdym zastrzyku zostawić czystą i skompletowaną. Raz na 24 godzin wygotować przedmioty jałowe, przesączyć alkohol i w razie potrzeby dolać go więcej.

Uwaga: W niektórych szpitalach zastrzyk przygotowujemy w pokoiku podręcznym. Po napełnieniu strzykawki, kładziemy ją na tacce igłą do małego kompresu z surówki i gazy.

Ampułkę lub flaszkę z preparatem do zastrzyku sprawdzamy, jak przy rozdawaniu lekarstw.

Jeśli wstrzykujemy preparat biologiczny oraz do zastrzyków domięśniowych i dożylnych, strzykawkę i igłę zawsze gotujemy bezpośrednio przed zastrzykiem i nie kładziemy ich do alkoholu.

B. Zastrzyk śródmięśniowy

Zastrzyk śródmięśniowy robimy najczęściej w pośladek (w środek górnej zewnętrznej ćwiartki) lub w udo. Igła do zastrzyku domięśniowego musi być dłuższa. Uciskamy dwoma palcami mięsień i wbijamy igłę prostopadle, po wbiciu igły rozłączamy ją ze strzykawką, aby sprawdzić, czy krew nie wycieka, jeżeli nie, łączymy igłę ze strzykawką i wstrzykujemy, w przeciwnym razie należy zrobić zastrzyk w inne miejsce inną igłą.

C. Pomoc przy zastrzyku dożylnym

Zastrzyku dożylnego nie wolno wykonać pielęgniarce.

Przybory

W sterelizatorze wygotowana strzykawka i kilka grubszych igieł (nigdy nie używa się strzykawki i igieł z alkoholu!)

opaska Esmarcha lub kawałek drenu gumowego, reszta, jak poprzednio.

Postępowanie

Lekarz robi zastrzyk do żyły łokciowej. Pielęgniarka zmywa pole zastrzyku i poleca choremu kilkakrotnie ścisnąć dłoń, aby żyła lepiej się uwidoczniła. Zaciska ramię opaską Esmarcha. Gdy lekarz trafi do żyły, t. j. gdy krew ukaże się w strzykawce, pielęgniarka puszcza opaskę. Jednocześnie z wyciągnięciem igły, pielęgniarka przykłada w miejsce zastrzyku wacik jałowy, chory przez chwilę pozostaje z ręką zgiętą w łokciu, po chwili pielęgniarka jodynuje skórę w miejscu zastrzyku.

XXIII. Hypodermokliza

Cel: dostarczenie płynu organizmowi drogą pozaustną.

O s t r o ż n o ś c i: zachowanie ostrożności aseptycznych tak, jak przy każdym zastrzyku (aparat, płyn, materiał używany muszą być wyjałowione).

P r z y b o r y:

Na tacy aparat sterylizowany, płyn, który ma być podany, wyjałowiony i zagrzany. (Hypodermoklizę daje się z 5% glukozy, soli fizjologicznej, lub płynu Ringera),

pałeczki do jodyny,
jodyna,
alkohol,
miska nerkowata,
plaster,
nożyce,
w wyjałowionym kompresie (serwetce) parę gazików wyjałowionych, dwie chustki, penseta. Można dla wygody przygotować drugą pensetę w spirytusie (nie jest konieczna, gdyż chwytając przez kompres można wyjąć z niego pensetę),
ciepły termofor,
stelaż o (ile dajemy hypodermoklizę ze słoja cylindrowego).

P o s t ę p o w a n i e

Hypodermoklizę najlepiej dawać po zewnętrznej stronie uda głęboko podskórnie (między skórę,a fascję mięśni uda), lub gdy to jest niemożliwe z jakichkolwiek powodów, pod łopatki, pod sutki, lub pod skórę brzucha, zachowując ostrożności aby nie przebić otrzewnej. W tym celu należy ująć fałd skóry na brzuchu i sprawdzić, czy jest przesuwalna. Wbijając igłę, nie puszczamy trzymanego fałdu skóry. Nigdy nie daje się hypodermoklizy w brzuch przy zapaleniu otrzewnej i u dzieci, gdy z jakichkolwiek powodów brzuch jest wzdęty.

Zabieg trwa około 20—30 minut, nieraz dłużej, dlatego zawsze przed zaczęciem należy chorego wygodnie ułożyć. Przybory ustawiamy blisko koło łóżka tak, aby było poręcznie. Odkrywamy tę część ciała, w którą mamy dać hipodermoklizę, następnie wlewamy płyn do aparatu umieszczonego na stelażu, odlewając przedtem parę centymetrów na miskę nerkowatą. Przykrywamy słój z wierzchu chustką wyjałowioną. Przed nalaniem płynu, należy go sprawdzić, jak każde lekarstwo, aby wykluczyć możliwości pomyłek. Usuwamy powietrze z drenu, zmywamy skórę na większej przestrzeni alkoholem, jodynujemy, ujmujemy mocno fałd skóry i silnym pchnięciem wbijamy igłę Następnie pod i nad igłę kładziemy gazik wyjałowiony, który przymocowujemy plastrem. Gaziki podkładamy w tym celu, aby igła pozostała czysta, gdyż może zajść potrzeba poruszenia igłą dla zmiany kierunku. Można rozmasowywać lekko, aby płyn się prędko rozchodził. Masujemy od igły na zewnątrz, przez gazik (są to raczej uciskowe ruchy). Gdy płyn się kończy w słoju, wyjmujemy igłę, kładziemy opatrunek uciskowy. Można położyć termofor, aby resorbcja prędzej nastąpiła. Sprzątamy.

Aparat używany w opisanym zabiegu składa się ze s ł o j a z p o d z i a ł k ą połączonego z drenem, na końcu którego osadza się igłę.

O ile używamy a p a r a t u B o b r o w a, wygotowujemy go prócz pompki. Po nalaniu płynu i zakorkowaniu aparatu, zakładamy igłę na dren, połączony ze szklanną dłuższą rurką, zanurzoną w płynie, zaś pompkę łączymy z krótszą rurką, której koniec znajduje się nad powierzchnią płynu. Uważać, aby się nie pomylić!

Hipodermoklizę można też dać d u ż ą s t r z y k a w k ą 200 cm., wygotowaną i odpowiednio zmontowaną. Na nasadkę nakłada się wtedy dren, zakończony igłą. W domu prywatnym można zmontować aparat z i r y g a t o r a, który, zarówno jak dren, musi być wygotowany.

Kronika pielęgniarska

UROCZYSTOŚĆ ROZDANIA DYPLOMÓW W WARSZAWSKIEJ SZKOLE PIELĘGNIARSTWA

Dnia 11 kwietnia b. r. odbyła się w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa uroczystość rozdania dyplomów. W sali aktowej Szkoły zebrali się przedstawiciele Zarządu i Fundacji Szkoły, PP. Instruktorki, Wykładowcy oraz rodziny i znajomi słuchaczek. Uroczystość zagaił prezes Zarządu, prof. dr Szenajch. Następnie Dyrektor Br. Krakowski wygłosił przemówienie do kończącej grupy, w serdecznych i podniosłych słowach składając życzenia i podkreślając rolę i znaczenie pielęgniarki w Polsce. — Dyrektorka Szkoły, p. J. Romanowska odczytała

Sprawozdanie z działalności Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa za rok 1936 (w streszczeniu)

Rok 1936, piętnasty rok istnienia Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, charakteryzuje dalszy rozwój Szkoły, którego wyrazem były liczne zgłoszenia kandydatek oraz intensywna wewnętrzna praca nad udoskonaleniem metod nauczania teoretycznego i praktycznego. W roku sprawozdawczym w dniu 1 grudnia 1936 r. ustąpiła długoletnia Dyrektorka Szkoły p. Zofia Szlenkierówna. Zasługi p. Szlenkierówny dla rozwoju Szkoły i nowoczesnego pielęgniarstwa w Polsce są ogromne, o wartości trwałej, idącej w przyszłość naszego zawodu. Szkołę pozostawiła ustępująca Dyrektorka w pełni rozwoju, z wyrobioną opinią wśród społeczeństwa co do kierunku jej prowadzenia i zaufaniem sfer miarodajnych co do fachowego przygotowania jej słuchaczek. Wyrazem tego zaufania jest nie tylko liczny napływ kandydatek, ale i stałe zwiększające się zapotrzebowanie pielęgniarek do pracy, zarówno szpitalnej, jak społecznej. Działy te Szkoła stara się w swoim programie stale rozwijać, aby przyszłym pielęgniarkom dać jak najpełniejsze i jak najlepsze przygotowanie. Aby zaś zwiększyć liczbowe zaspokojenie potrzeb rynku pracy, w roku sprawozdawczym przyjęto na jesieni 1936 r. grupę 47 słuchaczek, największą od czasu powstania Szkoły. Szkolenie grup liczniejszych, niż dotychczasowe, jest możliwe dzięki wzmożonemu wysiłkowi ze strony personelu instruktorskiego i administracyjnego, co z całym uznaniem należy podkreślić.

Wykłady teoretyczne w roku sprawozdawczym prowadzone były przez 10 miesięcy bez przerwy z wyjątkiem Świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy. Przeciętnie tygodniowo słuchaczki miały 34 godzin wykładów i demonstracji w okresach teorii.

Praktyka słuchaczek odbywała się w następujących instytucjach:

Na klinikach Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego na salach o łącznej liczbie 147 łóżek, w Szpitalu im. Karola i Marii na oddziale niemowlęcym i chirurgicznym, razem 50 łóżek, w ambulatorium chirurgicznym, w VII Ośrodku Zdrowia i Opieki Społecznej, w Ośrodku Zdrowia w Raszynie, w higienie szkolnej, pielęgniarstwie domowym i w żłóbku dziennym przy fabryce Wedla.

Na wszystkich tych placówkach słuchaczki pod kierunkiem i nadzorem instruktorek zapewniały całkowitą opiekę powierzonym sobie chorym i wypełniały obowiązki w zdrowotnej opiece otwartej: pomagały w poradniach, Ośrodkach Zdrowia, pracując w szkołach, prowadząc wywiady zdrowotne i pielęgnowanie chorych w terenie sobie przekazanym.

W cyfrach dni pracy przedstawiają się jak następuje:

Kliniki Uniwersyteckie — 15.597 dni
Kliniki uniwersyteckie — 15.597 dni
Sala operacyjna i opatrunkowa — 1475 dni
Szpital im. Karola i Marii — 6065 dni
Ambulatorium chirurgiczne — 1066 dni
Ośrodek Zdrowia — 4336 dni
Pielęgniarstwo domowe — 1036 dni
Ośrodek Zdrowia w Raszynie — 236 dni
Dyżur specjalny — 85 dni
Ogółem przepracowano — 30.784 dni.

Przeciętna liczba słuchaczek w Szkole w 1936 r. wynosiła 143.6, co wykazuje w porównaniu z 1935 r. wzrost o 10 słuchaczek. Na zwiększenie liczby słuchaczek zgodził się Zarząd Szkoły, aby móc zaspokoić zapotrzebowanie wakujących

placówek pracy i aby nie odmawiać napływającym podaniom, które w roku sprawozdawczym mogły być uwzględnione zaledwie w 50%, gdyż na 150 złożonych kompletnych podań, przyjęto 75. — Przeciętna 143 słuchaczek jest cyfrą bardzo wysoką, jeśli się weźmie pod uwagę wymagania higieniczne życia internatu i nieprzystosowanie zasadnicze gmachu do takiej liczby. Dzięki właściwemu rozplanowaniu, udało się tę dużą liczbę słuchaczek pomieścić bez uszczerbku dla ich zdrowia.

W roku sprawozdawczym 1936 nowo przyjętych słuchaczek było 75 (w lutym 28 i w październiku 47), ukończyło Szkołę 44, opuściło Szkołę 14, w czym 9 usunięto jako nieodpowiednie do zawodu pielęgniarskiego, 4 opuściły Szkołę z własnej woli, jedna zmarła.

Ogólna liczba absolwentek, które ukończyły Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa wynosi 404. Z tych:

26.5% pracuje w szpitalach i sanatoriach
57.5% pracuje w opiece otwartej, w szkołach pielęgniarstwa i t. d.
16% nie pracuje zawodowo (z tego 11 proc. stanowią mężatki).

Jak wynika z powyższego zestawienia, bezrobocia wśród pielęgniarek nie ma, a liczba zgłaszanych do Szkoły zapotrzebowań przewyższa liczbę kończących Słuchaczek. Zawód pielęgniarski przez długie jeszcze lata potrzebować będzie znacznego dopływu sił fachowych i jeśli te mieć będą właściwe zawodowe i ideowe podstawy, za spokojem patrzeć możemy w przyszłość pielęgniarstwa w Polsce.

Przechodząc do sprawozdania finansowego, należy zaznaczyć, że zwiększenie a liczba zgłaszanych do Szkoły zapotrzebowań przewyższa liczbę kończących słuchaczek. chaczki. W roku 1935 koszt ten wynosił 148.84, w 1936 obniżył się do 133.10. Zmniejszenie miesięcznych wydatków na słuchaczkę o zł. 15.75 jest bardzo znaczną oszczędnością. Roczny koszt kształcenia Słuchaczki wynosił w 1936 r. 1.597.22 zł.

Wpływy Szkoły za rok 1936 były następujące:

Ministerstwo Opieki Społecznej	12.600.—	5.5%
Departament Służby Zdrowia	52.425.48	22.5%
Zarząd Miejski m. Warszawy	46.250.—	20.0%
Ubezpieczalnia Społeczna	3.600.—	1.5%
Opłaty słuchaczek	115.344.90	49.6%
Wpływy różne	1.945.52	0.85%
	232.165.90	

Z zestawienia powyższego wynika, że z opłat słuchaczek i własnych wpływów Szkoły wniesiono 50.5% ogólnego budżetu wpływów. Zważywszy ogólną trudną sytuację ekonomiczną sfery urzędniczej, pracującej inteligencji i ludności małorolnej, spośród których rekrutują się słuchaczki, uznać należy powyższy stan za całkowicie zadawalający.

Suma wydatków Szkoły wyniosła zł. 229.389.83.

Przeciętny dzienny koszt żywienia jednej osoby w Szkole w produktach surowych wynosił zł. 1.12.

W zakresie pomocy materialnej dla niezamożnych słuchaczek znajdowała Szkoła oparcie i jak najprzychylniejsze załatwienie potrzeb przez Towarzystwo Przyjaciół Szkoły. — Jak wynika z zestawienia rocznego Towarzystwa

Na wyjazdy wakacyjne udzielono słuchaczkom	zł. 555.—
Na pomoc dentystyczną i zapomogi zdrowotne	zł. 855.23
Na odzież	zł. 454.—
Na gimnastykę, kursy pływania	zł. 279.05
Na pożyczki doraźne	zł. 332.—
Ogółem	zł. 2.475.78

Praca Towarzystwa Przyjaciół oddaje nieocenione usługi słuchaczkom Szkoły, z których wielu dopomaga do pomyślnego ukończenia nauki.

W zakończeniu sprawozdania, p. Romanowska zwróciła się z gorącym podziękowaniem do wszystkich, którzy przyczyniają się do istnienia i rozwoju Szkoły, po czym w przemówieniu do młodych absolwentek, postawiła im za wzór do naśladowania życie i charakter p. Z. Szlenkierówny, b. dyrektorki W. S. P., która była ich kierowniczką w Szkole. — W imieniu słuchaczek przemówiła p. St. Kosińska, która następnie ofiarowała naręcze róż p. Z. Szklenkierównie i p. J. Romanowskiej.

DYPLOMY OTRZYMAŁY:

Kurs 27

Jadwiga Bakuńska
Zofia Cebelińska
Jadwiga Cybulska
Ludwika Chudakówna
Władysława Cywińska
Walentyna Dobrowolska
Maria Jackowska
Barbara Jakimowicz
Kamila Kicińska
Stanisława Kosińska
Zofia Kozubowska
Zofia Łukaszewicz
Halina Makowska
Zofia Męczyńska
Maria Owczarska
Irena Pacałowska
Marta Pajewska
Jadwiga Pietrewicz
Jadwiga Pisarska
Hanna Popławska
Jadwiga Rode
Natalia Stopkiewicz
Maria Szumska
Lubow Szwechłowicz
Barbara Wołowska
Jadwiga Wyganowska
Zofia Zielińska
Zofia Żołędziowska

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOŁA ZAGŁĘBIOWSKIEGO P. S. P. Z. W SOSNOWCU ZA ROK 1936

Koło zaczęło się organizować we wrześniu 1935. Prawnie istnieje od 1 stycznia 1936. Zarząd Koła w roku bieżącym przedstawia się następująco:

Przewodnicząca: p. Halina Kozierowska
Wiceprzewodnicząca: p. Stefania Miedziejewska
Skarbniczka: p. Maria Niepielska
Sekretarka: p. Leokadia Makulanka
Członkowie Zarządu: p. Maria Bętkowska i p. Krystyna Rudzińska

Do Koła należy 14 członkiń.

D ziałalność Koła

1. Zebrania. — Zebrań Zarządu było 12. Zebrań ogólnych 12. Wygłoszono trzy referaty, oraz dwie pogadanki.

Referaty: **Obecny Ośrodek Zdrowia w Sosnowcu** — wygłosiła kol. Przylęcka

Higiena szkolna — wygłosiła kol. Nejowa

Czarny paseczek — wygłosiła kol. Kozierowska. — Referat ten został umieszczony w pismach Zagłębia Dąbrowskiego, celem zapoznania szerszych mas ludności w oznakę pielęgniarki zawodowej.

Pogadanki: O **okładach i kataplazmach i o zastrzyku domięśniowym.**

2. Obrona własnych interesów.

a) Interwencja w Ubezpieczalni Społecznej w sprawie podwyżki pensji koleżankom i zmiany 10 godz. dnia pracy na 8 godzin w szpitalach.
Pensje koleżanek, które miały 135 złotych miesięcznie, Dyrekcja Ubezpieczalni podniosła do 165 złotych; — godziny pracy w szpitalach pozostały bez zmiany, to jest 10 godzin dziennie.

b) Interwencja w Województwie w Kielcach, oraz w Starostwie w Sosnowcu o nie wpisywanie w dowodach osobistych w rubryce „zawód“ — „pielęgniarka“, osobom, nie posiadającym prawa do tego.

3. Praca na zewnątrz:

a) Pogadanki w ośrodkach leczniczych Ubezpieczalni Społecznej na temat higieny osobistej.
b) Udział w akcji „Pomoc dla ociemniałych w Laskach“.
c) Wykłady pielęgniarstwa na 2 kursach Pogotowia Sanitarnego PCK.
d) Kursy sanitarno-ratownicze w szkołach.

EGZAMINY PIELĘGNIARSKIE PRZY KOMISJACH WOJEWÓDZKICH

Do 1 czerwca b. r. egzamin pielęgniarski, przewidziany Ustawą o Pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 zdało około 500 osób. W Warszawie egzamin zdały siostry Miłosierdzia, siostry z Lecznicy św. Józefa i św. Stanisława, diakonesy ze Szpitala Ewangelickiego i pielęgniarki szpitali wojskowych. W Krakowie egzamin złożyli Ojcowie Bonifratrzy oraz grupa sióstr szpitala wojskowego. W Poznaniu — ponad 200, w Wilnie ponad 100, pielęgniarek zakonnych i świeckich, w Łodzi grupa pielęgniarek z Ubezpieczalni społecznej i szpitala wojskowego.

W skład Komisji egzaminacyjnej wchodzi jeden lekarz i dwie pielęgniarki. Egzamin z praktyki polega na wykonaniu dwu zabiegów według listy zabiegów, przewidzianych w Rozporządzeniu Min. Op. Społ. o pielęgniarstwie, przy czym jeden z zabiegów wymaga przy wykonaniu zachowania aseptyki. Egzamin pisemny ma na celu sprawdzenie umiejętności pisemnego wyrażania myśli zdających. Polega na odpowiedzi na trzy pytania z dziedziny higieny osobistej lub ogólnej. Egzamin ustny odbywa się z zakresu anatomii i fizjologii, higieny, udzielania pierwszej pomocy i zwalczania chorób zakaźnych i społecznych, pielęgnowania chorych wewnętrznie, chirurgicznych, zakaźnych i dzieci.

ZE STOWARZYSZENIA BYŁYCH WYCHOWANEK WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA

Biuletyn z posiedzenia dnia 13 kwietnia 1937 r.

Zebranie miesięczne Stowarzyszenia odbyło się w lokalu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa przy obecności 50 członkiń. Omawiano możliwości wyjazdu na Kongres Pielęgniarski do Londynu. Koszty wynoszą około 500 zł. Następnie koleżanki oglądały eksponaty przysłane przez Koło Wileńskie na kiermasz, urządzany przez Międzynarodowy Komitet im. Fl. Nightingale.

Po omówieniu spraw wewnętrznych Stowarzyszenia, dr J. Chorubski wygłosił odczyt p. t.: Neuro-Chirurgia. — Zebranie zakończyła herbatka koleżeńska.

Biuletyn z posiedzenia 8 czerwca 1937 r.:

Dnia 8 czerwca br. odbyło się ostatnie przed okresem letnich urlopów zebranie członkowskie Stowarzyszenia Absolwentek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Po omówieniu bieżących spraw ustalono termin następnego zebrania na dzień 14 września 1937 r. — W drugiej części zebrania p. Zachertowa zapoznała obecne ze stanem pielęgniarstwa, zapotrzebowaniami na pielęgniarki w chwili obecnej i na przyszłość oraz z trudnościami w znalezieniu odpowiedniej ich liczby. (Ob. art. wstępny w niniejszym zeszycie „Pielęgniarki Polskiej" — Przyp. Red.) **Zarząd Stowarzyszenia.**

Varia

DWIE INSTYTUCJE WŁOSKIE

W „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych" nr 1, 1937 dr Jan Szumski opisuje w artykule „W służbie lekarskiej świata pracy", wrażenia z podróży naukowej, którą odbył po krajach Europy. Między innymi, poświęca specjalny rozdział opisowi wspaniałego szpitala św. Marcina w Genui. Jest on obecnie własnością Instytutu Opieki Społecznej, a ufundowany został w XV wieku przez bogatego genueńczyka, Bartłomieja Bosco. Jest to jeden z najpiękniejszych zabytków architektonicznych, co nie przeszkadza, że posiada wszelkie urządzenia nowoczesnych wymogów higieny i dostosowany jest do najlepszych warunków leczenia szpitalnego. Ofiarność Włochów pozwoliła na dostosowanie wspaniałych budynków do nowoczesnego lecznictwa, a liczne ofiary, składane przez całe wieki, stworzyły olbrzymią fundację. Od 1925 do 1931 r. suma zapisów nowych dochodziła do kwoty 17 milionów lirów.

Powierzchnia zajmowana przez szpital (wraz z ogrodami i pawilonami) wynosi 330.000 m², o kubaturze pół miliona m³. Wśród wspaniałego parku, z palmami, oleandrami, mimozami wznoszą się dwadzieścia cztery pawilony: 8 dla chorób wewnętrznych, 6 chirurgicznych, 1 ginekologiczno-położniczy, 2 dermatologiczne, 2 oczne, 1 laryngologiczny, 1 dla gruźlicy, 1 dla chorób zakaźnych, 1 dla trędowatych. Prócz tego liczne budynki administracyjne, izby przyjęć, terapii fizykalnej, kuchnie, pralnie, mieszkania personelu oraz wspaniały kościół. Imponujące odnosi się wrażenie, zwiedzając pawilony, w dużej mierze wspaniałe zabytki z poprzednich wieków, a przecież zaopatrzone w najnowsze urządzenia. Obok sal muzealnych, ozdobionych przez Lucca

della Robia i innych, znajdują się sale chorych z całą aparaturą nowoczesnych urządzeń, wentylatorami elektrycznymi, radiem, regulatorami wilgotności powietrza itd. Oddział fizykalnego lecznictwa zaopatrzony jest we wspaniałe łaźnie rzymskie, kąpiele mineralne, morskie grzane, borowinowe, inhalatoria.

Autor ze szczególnym zainteresowaniem zwiedził oddział dla chorych trędowatych, o 23 miejscach. Jest to oddział zamknięty, gdzie chorzy przebywają stale, z powodu nieuleczalności choroby. Widok chorych ze zniszczonymi twarzami, z ubytkiem kończyn, często ociemniałych, robi przygnębiające wrażenie. Przez umiejętne pielęgnowanie zakażenia wewnątrz szpitalne zdarzają się niezmiernie rzadko. Chorymi trędowatymi oraz przebywającymi długi okres czasu w szpitalu, zajmują się zamożni mieszkańcy miasta. Dostarczają im pomocy materialnej, rozrywek, materiału do wykonywania pracy dostosowanej do stanu ich zdrowia. Wogóle w szpitalu św. Marcina stosuje się pracę, jako czynnik leczniczy dla chronicznie chorych. Dbając również o dobre samopoczucio chorych, zaprowadzono podział chorych na grupy i wprowadzono po 3 różne jadłospisy, z których chorzy mogą sobie wybierać pożywienie. Jest to dla osób długo, lub stale przebywających w szpitalu, jednym z bardzo miłych urozmaiceń monotonnego i zależnego życia. Jak widać, w szpitalu panuje dobra, serdeczna atmosfera, która tak bardzo dodatnio wpływa na cały przebieg leczenia.

Niezmiernie ciekawą instytucję zwiedził Autor w Mediolanie. Jest to Instytut Opieki Społecznej, posiadający wspaniały gmach, w którym mieści się część administracyjna ubezpieczeniowa, ambulatoria, pracownie laboratoryjne, „szkoła matek", która prowadzi krótkie przeszkalania w zakresie opieki nad niemowlęciem, wzory i modele wszystkiego co potrzebne do pielęgnowania niemowląt, oraz centrala zakupów kompletnych wyprawek (z łóżeczkiem) za 40 lirów (10 złotych). W tymże gmachu znajdują się kąpieliska, światłolecznictwo i inhalatoria dla dzieci ubezpieczonych w specjalnej organizacji pod zarządem Instytutu Opieki Społecznej. Za minimalną opłatą miesięczną dzieci zyskują stałą opiekę zdrowotną, a ponadto nabywają wiele praw do późniejszych ubezpieczeń dla dorosłych. Jest to pierwsza próba wprowadzenia ubezpieczeń dzieci i przejścia do ubezpieczenia w wieku późniejszym; próba ta powinna dać pod względem zdrowotnym i materialnym dobre wyniki.

O RACJONALNĄ WALKĘ Z JAGLICĄ

W Polskiej Gazecie Lekarskiej nr 16 1937 r. prof. E. Godlewski i prof. K. Majewski podają w artykule „Klęska grożąca z powodu ogromnego rozszerzenia epidemii jaglicy" przerażające wiadomości w sprawie zajagliczenia społeczeństwa, oraz nie dosyć energicznej walce z tą klęską społeczną. Z artykułu dowiadujemy się, że w Polsce znajduje się 500.000 chorych na jaglicę, natomiast objętych opieką lekarską jest około 150.000, reszta zaś jest pozbawiona tej opieki i wskutek tego chorzy nie leczeni dochodzą do ciężkich schorzeń oczu, często utraty wzroku, poza tym w przerażający sposób zarażają drugich. Walka z jaglicą, prowadzona jest przez przychodnie przeciwjaglicze oraz przez zakłady zamknięte dla dorosłych i dzieci. Obejmuje ona jednak tylko małą część ludności, z powodu: a) znikomej ilości przychodni; b) braku łóżek szpitalnych dla chorych na jaglicę w przypadkach ciężkich; c) braku funduszów w budżetach samorządowych na leczenie przez specjalistów; d) niewyzyskanie miejsc w jedynym Zakładzie Uniw. Jag. w Witkowicach pod Krakowem dla dzieci jagliczych; e) braku zrozumienia potrzeby energicznych środków zapobiegania szerzącej się klęsce przez władze wykonawcze cywilne i wojskowe, f) posługiwanie się niepowołanym personelem do leczenia jaglicy, jak niedokształconymi w tym kierunku lekarzami, nauczycielami wiejskimi, niewyszkolonemi zakonnicami, niewykwalifikowanemi pielęgniarkami i t. d.

Jaglica, szerząca się szczególnie wśród najbiedniejszych, znajduje odpowiedni grunt w nędzy, ciasnocie mieszkaniowej, w zupełnym braku urządzeń higienicznych, braku środków dezynfekcyjnych, oraz warunków ochraniających otoczenie od zakażenia. Około 110.000 chorych leczy się w przychodniach. Chorzy, zarejestrowani w poradniach mają warunki nie tylko do leczenia, ale i zapobiegania zakażeniu, gdyż w przychodniach tych pielęgniarki kwalifikowane przeprowadzają wywiady domowe, pouczają na miejscu o sposobie chronienia otoczenia od zarażenia, skierowują do odpowiednich instytucyj dla zaopatrzenia rodzin w mydło, ręczniki dla chorych. Staraniem pielęgniarki, rodziny zajagliczone otrzymują często zapomogę na zakupienie naczyń, miednic osobnych i t. d. Pielęgniarki całe środowisko chorego kierują do przebadania i tym sposobem choroba leczona jest natychmiastowo. Chorych zaniedbujących się doprowadza pielęgniarka do dalszego leczenia.

Około 40.000 chorych na jaglicę leczy się bądź prywatnie, bądź w ambulatoriach i ubezpieczalniach społecznych. Rodziny ich jednak i współmieszkańcy w większości wypadków pozostają nie przebadani, nie pouczeni o środkach ostrożności i nie leczeni w początku choroby. Informacje, udzielane przez chorego w danej instytucji co do warunków mieszkaniowych, materialnych itd. nie zastąpią wywiadu domowego, dokonywanego w przychodniach przez zawodowe pielęgniarki. Również instrukcje, udzielane w instytucjach leczniczych, nie mają takiego znaczenia i zastosowania, jak udzielane w przychodniach, a kontrolowane i wyjaśniane przez pielęgniarkę. Indywidualne zajęcie się środowiskiem i umożliwienie mu przeprowadzenia zleceń, jest jedynym sposobem racjonalnej walki z chorobami społecznymi, a więc i jaglicą.

Autorzy wspomnianego artykułu stwierdzają z jednej strony wielką liczbę zachorowań na jaglicę i to nie tylko na kresach wschodnich, ale i województwie łódzkim, na Podhalu, Pomorzu itd., oraz niedostateczną walkę z jaglicą. Z drugiej strony stwierdzają, że z budżetów samorządowych, bardzo ubogich, nie zdoła się żadną miarą wydobyć odpowiednich środków do prowadzenia walki z jaglicą, bez względu na wzrastającą liczbę zachorowań. Dlatego też wszczęto starania u miarodajnych czynników o uzyskanie odpowiednich subwencyj na zapobieżenie klęsce, grożącej społeczeństwu polskiemu przez wzrastającą ilość chorych i zakażających otoczenie. Zrozumiałe jest w pełni stanowisko Autorów, dążących do zorganizowania walki z jaglicą w sposób radykalny. Wszelkie bowiem połowiczne środki, wszelkie ograniczenia subwencji oraz przychodzenie z pomocą doraźną, nie prowadzą do celu. Przeciwnie, powodują wydatki bez istotnego przecięcia katastrofy zajagliczenia całego społeczeństwa. Opanowanie szerzącej się jaglicy jest kwestią heroicznego może wysiłku, ale tylko okresowego, natomiast półśrodki doprowadzić mogą do długotrwałych schorzeń i kalectwa dużej części społeczeństwa.

M. St.

KRONIKA

DOROCZNE POSIEDZENIE PAŃSTWOWEJ RADY ZDROWIA

Dnia 7 czerwca 1937 r. w Min. Opieki Społecznej odbyło się pod przewodnictwem p. ministra Zyndram-Kościałkowskiego posiedzenie Państwowej Rady Zdrowia, przy udziale pp. wiceministrów Opieki Społ. dr E. Piestrzyńskiego i W. Jastrzębskiego, przedstawicieli ministerstw, wydziałów lekarskich, Izby Lekarskiej, Zakładu Ubezp. Społecznych oraz wyższych urzędników Ministerstwa Opieki Społecznej. P. wiceminister Piestrzyński wygłosił obszerne sprawozdanie ze stanu zdrowia publicznego i działalności służby zdrowia.

W toku narad mocno podkreślono brak lekarzy i nierównomierne ich rozmieszczenie. Zwłaszcza wieś w województwach wschodnich nie ma wystarczającej opieki lekarskiej.

Duże braki podkreślono również w szpitalnictwie (w województwach wschodnich pięć łóżek na 10.000 mieszkańców!) Brakom tym postanowiono zaradzić w najbliższym czasie.

Obrady zamknęło przemówienie p. ministra Opieki Społecznej, który zaznaczył, że najważniejszym zagadnieniem w zakresie służby zdrowia jest obecnie — zdrowie wsi.

Posiedzenie podjęło również dyskusję nad brakiem pielęgniarek. (Ob. artykuł wstępny w niniejszym zeszycie „Pielęgniarki Polskiej“)

WYSTAWA W LISKOWIE

Dnia 9 czerwca odbyło się w Liskowie otwarcie wystawy „Praca i kultura wsi“. Na otwarcie przybyli p. premier jen. Składkowski, pp. min. Poniatowski i Kościałkowski, oraz przedstawiciele władz wojewódzkich, powiatowych i gminnych. W kilka dni po otwarciu wystawy, zwiedził ją. P. Prezydent Rzeczypospolitej.

Jak wiadomo, Lisków jest wzorową wsią polską, którą stał się dzięki długoletniej, bezprzykładnej pracy ks. Prałata Blizińskiego.

ROZWÓJ PRZEMYSŁU CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNEGO

Polskie zakłady chemiczno-farmaceutyczne od kilku lat poczyniły wielkie postępy w wyrabianiu artykułów leczniczych, zastępujących preparaty zagraniczne, niektóre przewyższające nawet wartość tych ostatnich. Zapotrzebowanie morfiny oraz przetworów opiumowych pokryte jest w przeważnej części wyrobami krajowymi. Obecnie firma Barcikowski z Poznania uruchomiła produkcję kwasu mlekowego i jego pochodnych, lecytynę, białczan taniny, kwas kamforowy itd. dotąd w kraju nie wyrabianych. Ma to wielkie znaczenie gospodarcze, oraz udostępnia nabywanie po cenach przystępniejszych różnych specyfików, które dotąd dostać można było po wygórowanych cenach. Do rozwoju przemysłu chemiczno-farmaceutycznego przyczynia się reacjonalna i fachowa uprawa roślin leczniczych. Akcja ta prowadzona jest energicznie przez Polski Komitet Zielarski (Warszawa, Długa 16).

BRAK ŁÓŻEK SZPITALNYCH

W ostatnich czasach w Warszawie, na skutek wielkiego napływu chorych do szpitali, władze miejskie stwierdziły katastrofalny brak łóżek, a wskutek tego przepełnienie szpitali, oraz trudności w prowadzeniu odpowiedniej opieki nad chorym w warunkach nie obliczonych na tylu chorych. W roku budżetowym 1937—1938 przewidziane jest zwiększenie liczby łóżek o 235. Łóżka będą po różnych szpitalach dostawione w odpowiednich pawilonach. 30 łóżek przypada według projektu Zarządu Miejskiego na dostawienie w sanatorium miejskim dla chorych na gruźlicę w Otwocku.

SZKOŁA ZŁODZIEJSKA

W Warszawie przy ul. Mokotowskiej 17 policja odkryła szkołę, w której nieletni chłopcy uczyli się kradzieży. Przedsiębiorca miał parę ubikacji, w których mieszkali chłopcy, zwabieni do nauki. Po niedługim czasie ćwiczeń w domu, nauczyciel wysyłał na miasto najzdolniejszych chłopców, którzy przynosili z sobą różne przedmioty lub pieniądze. Podszkolonym wypłacał drobną sumę, reszta zaś przechodziła do jego kieszeni. Chłopcy otrzymywali mieszkanie i częściowo utrzymanie. Inicjatora szkoły osadzono w więzieniu. Jak okazało się w czasie przesłuchiwania w śledztwie, nieletni przestępcy rekrutowali się ze środowisk najuboższych, gdzie warunki moralne i rodzinne stosunki były jak najgorsze.

PREWENTORIUM NOCNE

W Wilnie staraniem Tow. Przeciwgruźliczego uruchomiono w początkach maja b. r. pierwsze w Polsce prewentorium nocne dla dzieci w wieku szkolnym. Obserwacja prowadzona przez Towarzystwo wykazała największe niebezpieczeństwo zakażenia gruźlicą w nocy, spędzanej w ciasnych, nieprzewietrzonych mieszkaniach, gdzie dzieci śpią często razem z dorosłymi dotkniętymi gruźlicą płuc. W prewentorium dzieci przebywać mają od godziny 4 po południu do 7.30 rano. Otrzymują 3 posiłki oraz pomoc w nauce i opiekę wychowawczą. W ten sposób dzieci przebywają tylko parę godzin w domu po powrocie ze szkoły, są zatem na zakażenie mało narażone. Miejsc na razie jest 24.

PORADNIE PRZECIWGRUŹLICZE

W r. 1937 powstało w Polsce 49 nowych poradni przeciwgruźliczych. Jest ich więc obecnie 432. Otwieranie nowych poradni odbywa się wbrew opinii niektórych lekarzy, którzy twierdzą, że poradnie nie mają wielkiego znaczenia w leczeniu i zapobieganiu

gruźlicy. Przeciwnicy poradni wychodzą z założenia, że poradnie dopiero wtedy są celowe, jeżeli istnieje dostateczna ilość łóżek szpitalnych dla gruźlików. Prócz pomieszczeń szpitalnych, uważają jeszcze, że podniesienie warunków materialnych jest najważniejszym momentem w walce z gruźlicą. Działalność poradni wykazuje jednak, że poza leczeniem szpitalnym i dożywianiem, leczenie ambulatoryjne, leczenie w najwcześniejszych okresach, uświadamiania chorych i rodzin o zaraźliwości gruźlicy i środkach ostrożności jest niezmiernie ważne i pożyteczne. Poradnie są instytucją tańszą, niż szpitale, to też łatwiej powstają. Założenie, że lepiej zamiast 20 poradni uruchomić 20 łóżek szpitalnych jest niesłuszne; jeżeli zaś opinię tę wygłaszają niektórzy lekarze, pracujący w poradniach, musi się przypuścić, że poradnie te nie stoją na odpowiedniej wysokości.

SZCZEPIONKA PRZECIWGRYPOWA

W Niemczech dr Tigges wyprodukował specjalną szczepionkę zapobiegawczą przeciw grypie, którą podawał w formie szczepień podskórnych osobnikom narażonym na zarażenie się grypą w czasie epidemii. Szczepionka dawała wyniki zadowalające, uodporniając szczepionych na zarazki grypy, lub też osłabiając przebieg choroby, który był lekki, bez żadnych powikłań. Szczepionka ta składa się z martwych zawiesin pałeczek grypy, paciorkowców i dwoinek zapalenia płuc.

GŁĘBOKO ZROZUMIANY OBOWIĄZEK

Z prasy angielskiej dowiadujemy się o bohaterskim postąpieniu znanego chirurga H. P. Nelsona. W czasie operacji, skaleczył się, a odłożenie środków ratowniczych skazywało go na śmiertelne zakażenie krwi. Mógłby był operację przerwać i oddać ją do dalszego prowadzenia asystentowi, jednak w warunkach, w jakich operacja była prowadzona, byłoby to narażenie chorego na możliwość utraty życia. Bohaterski chirurg zdecydował się z całą świadomością grożącego mu niebezpieczeństwa wytrwać na stanowisku i narazić się na przewidzianą przez siebie chorobę; w następstwie jej dr Nelson zmarł na zakażenie krwi.

NADESŁANE DO REDAKCJI

Cele i zadania Domu ks. Boduena 1736—1936. **Józef Lubczyński,** Warszawa 1936. (Dodatek do „Opiekuna Społecznego)

Rocznik I Śląskiego Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu 1937 r. — **Redaktor dr K. Głogowski.** (Nakładem Śl. Zakładu dla Głuchoniemych w Lublińcu)

Materiały o organizacji i działalności Wydziału Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w m. st. Warszawy pod red. **J. Starczewskiego i dr J. Konopnickiego.** Rok budżetowy 1935—1936, Warszawa 1937 (Biblioteka Wydziału Opieki Społecznej I Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w m. st. Warszawie 2).

Sprawozdanie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego 1935—1936. Warszawa.

P r o p a g a n d o w e   u l o t k i   P o l s k i e g o   Z w i ą z k u   P r z e c i w g r u ź l i c z e g o. Karowa 31.

- Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową
- Popularny odczyt o gruźlicy
- Sposoby taniego odkażania przy gruźlicy zaraźliwej
- Gruźlica to plaga społeczna, walczyć z nią musi całe społeczeństwo!
- Jak zarażamy się gruźlicą i w jaki sposób należy temu zapobiegać?
- Co to są szczepienia przeciwgruźlicze B. C. G.?
- Obywatelu, weź i przeczytaj!
- Co to jest gruźlica płuc?
- Jak żyć należy, ażeby ustrzec się gruźlicy. (Przykazania)
- Mobilizacja polskiej wsi do walki z gruźlicą.

Zwalczanie jaglicy u młodzieży przedpoborowej: **dr M. Zachert** (odbitka z „Przeglądu Trachomatologii“ — zeszyt 1 — 1937 r.).

Polski Związek Przeciwgruźliczy: **VI Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy** — Pamiętnik Wilno 31 maja — 2 czerwca 1936 r.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka Kraków, św. Krzyża 11.

Ważne dla pielęgniarek społecznych

Zważywszy brak podręczników z zakresu pielęgniarstwa, chcąc przyjść z pomocą wszystkim pielęgniarkom społecznym, czy to rozpoczynającym pracę, czy to już doświadczonym, a pragnącym sprawdzić i usystematyzować swoje wiadomości, w szczególności tym, które zatrudnione są na prowincji, — a także uczennicom szkół pielegniarstwa,

Redakcja Pielęgniarki Polskiej

w roczniku 1938

podejmuje druk

pracy zbiorowej

z zakresu pielęgniarstwa społecznego

Będzie to **cykl artykułów, wskazówek metodycznych i praktycznych,** w którym każda pielęgniarka społeczna znajdzie odpowiedź na napotkane w codziennej pracy wątpliwości i trudności.

Pielęgniarka, której powierzą zorganizowanie bądź poradni bądź ośrodka zdrowia, znajdzie w nim wskazówki, jak ułożyć budżet, jak urządzić lokal, znajdzie w nim opis pracy w poszczególnych poradniach (przeciwgruźliczej, przeciwwenerycznej, przeciwjagliczej, przeciwalkoholowej, poradni dla matki i dziecka), oraz w higienie szkolnej, dalej — wskazówki metodyczne pracy w rodzinie w poszczególnych wypadkach i zależnie od środowiska i t. d.

Cykl powyższy drukowany będzie w roczniku 1938 obok artykułów lekarskich i pielęgniarskich z innych dziedzin — w pierwszym rzędzie referatów, wygłoszonych podczas XII Walnego Zjazdu P. S. P. Z.

Redakcja Pielęgniarki Polskiej